

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200397640

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000078604171-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 649.214.992-34 4 - Nome completo da vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: IVANILDE DE ALBUQUERQUE 6 - CPF: 649.214.992-34
7 - Profissão: CONTINHEIRA 8 - Endereço: RUA NIKARAGUA 9 - Número: 10 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAVATIM 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: SANTANACIVIMPARO3RR@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 9419-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abalco. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU BANK
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7860471
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescrito digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) IVANILDE DE ALBUQUERQUE
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 13137/2020 - Registrado em: 26/10/2020 às 11h 17min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 22/02/2020 às 21h 10min

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE

UF: RR

Logradouro: VILA SÃO SILVESTRE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VICINAL PRINCIPAL DA VILA SÃO SILVESTRE

Complemento: ÁREA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

IVANILDE DE ALBUQUERQUE(47), nascido(a) em 22/09/1973, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de COZINHEIRA, CPF Nº 649.214.092-34, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE e DESCONHECIDO, endereço: TRAVESSA NICARAGUA 01, cep: 69300-000, Nº: 10, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO A RUA NICARÁGUA, Telefone: (95) 99174-1485.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRÂNSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO, ACONTECEU O SEGUINTE FATO, QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/BROS ESDD PLACA NAZ 4417ANO DE FABRICAÇÃO 2017 2017 RENAVAN01129015499 CHASSI 9C2KD0810HR445762 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ DA CONCEIÇÃO, QUA QUE TAVA SE DESLOCANDO DA VILA SÃO SILVESTRE PARA BOA VISTA NA REFERIDA VICINAL QUANDO DE REPENTE (UM ANIMAL BOI) ATRAVESSOU NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DE EVITAR O ACIDENTE, QUE COM O IMPACTO VEIO AO CHÃO, QUE POPULARES QUE PASSAVAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU DA REFERIDA VILA E A MESMA FOI REMOVIDA PARA BOA VISTA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Ivanilde de Albuquerque
IVANILDE DE ALBUQUERQUE
COMUNICANTE



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

649.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

6 - CPF:

649.214.092-34

7 - Profissão:

CONHEIDOR

8 - Endereço:

RUA NEARACIVA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVATIM

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

SANTANACIVIMPARO3RR@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(71) 9419-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abalco. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ALU BANK

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000078604171-8

Nr. da Autenticação 9D366FA0C7D4FD0D



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 00.306-610

Matrícula:

1065009

Setembro/2020



ATENDIMENTO
CAERR

0800 280 9520

www.caerr.com.br

Dados do Cliente:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Endereço para entrega:

TRV NICARAGUA 01, NUM. 0010 - CAUAME BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.532.0414.000	25	3065	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y09S667195	09/04/2013	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1048	1069	21	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 21/08/2020 22/09/2020			

ULTIMOS CONSUMOS

202008	17-0
202007	14-0
202006	14-0

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor				
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição				
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M				
AMOSTRAS:	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS
				E.COLI

09/09/2020 08:50:00



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 871 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.807.822-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 6023737 FEMP*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE

foi criada pela Lei nº 10.426 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	06/10/2020	398	614,24

JOAO ALCIDES COSTA

CPF: 00092542981/72

R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ

CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/09/2020	Anterior: 19/08/2020	Próxima leitura: 20/10/2020
Emissão: 17/09/2020	Apresentação: 23/09/2020	Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	28858							
Leit. Anterior	28460							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	398							
Faturado	398							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	398 A R\$ 0,748099 =	297,74
RELIÇÃO		11,11
RELIÇÃO A REVELIA ART 175 RE		175,26
PARCELAMENTO COSIP 1/24		8,07
CORR MONETARIA TCD (IG 1/24		2,00
PARCELAMENTO DE DÉBITO 1/24		89,80
ILUMINACAO PUBLICA		30,26

OUTRAS
INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 298 - 6.517778

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

398

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.903-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IVANILDE DE ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092/34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANILDE DE ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA GIDEÃO</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>BOA CAMA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>SANTANA@VIMBRAES@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.344-406</u>	Tel.(DDD): <u>951 99169-3685</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 01/11/2020

Assinatura do Declarante



☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001223405

22/02/2020 21:41:29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 17

Paciente: **IVANILDE DE ALBUQUERQUE**
Data Nascimento: **22/09/1973** Idade: **46 A 5 M 0 D** CNS: **64921409234** CPF: **64921409234** Prontuário: **64921409234**
Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **Data Emissão** Sexo: **F** Estado Civil: **Pai** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BRASILEIRA**
CPF: **64921409234** Mãe: **MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE** Contato: **(95) 99174-1485**
Endereço: **- RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 - -** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade** Autorização: **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **Peso** Pressão: **Setor**
GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registrado por: LIDIANE OLIVEIRA**

Queixa Principal: **DOR** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **negativa** GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h): **Paciente trazida pelo SAMU com história de acidente (moto vs animal) no interior do estado. Status: sinais vitais estáveis. Imobilização do MTD Glasgow 15**

Hipótese Diagnóstica: **Exposta de TÍBIA e FÍBULA**

SADT - Exames Complementares: ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Difenidramina 29 EV		
2) Paracetamol 40 mg EV		
3) Solicito radiografia de MTD		
4) Clonazepam 600 mg EV 6/6 h		
5) Gentamicina 240 mg EV 1x/dia		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelar ☐ Internação ☐ Transferência para: **ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta:

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **Dr. Daniel de N. Araújo** Médico **CRM 2137**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178623

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/09/73

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

prontidão com febre e eritema
ou prurido + foliculite.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Bo Alergia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rex + laudo furo.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Fernando R. Rezende 23/02/2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() PREVIDENTE

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

07/07/20

0408050543
5823
1799



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23.08.20

O.S. _____

Unidade de
Aluminação

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

HISTÓRICO OPERATÓRIO:

Dr. Fernando Rezende

CIRURGIÃO:

CRM-RR 2407

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1243 / RGE: 05

- 1) parte em DDA sob sedação
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) Colocação de campo esteril
- 4) LMC com SK 0,9% expansiva
- 5) Sutura de ferimento em região lateral de TVE
- 6) Colocação de frango externo em ferimento com auxílio de intensificador de imagem + compressas de redução de frango
- 7) curativo
- 8) Ao RPA

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedista Residente
CRM-RR 1243



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

VIT - REGA	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
	N 20	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22
LÍQUIDOS VÉNICOS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ULSC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ANES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TEMP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ASPIR.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RESP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Export	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assist	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	100 µg	Indução anestésica	1 - CHECK LIST ANEST. DE
B Midazolam	5 µg	5 - 10 µg técnica oxipática	MONITOR: SpO ₂ , FC, PAM, RR.
C Propofol	40 µg	Punção venosa 27 G de	1) ACP @ CN O ₂ 2L/min
D		Guincho (Atrólio Hg)	2) Sedação - FNTA 100 µg
E		Ventilação espontânea	NOTA 25-8
F		ci suplementar	
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Câmara - Nasal / Oro Faríngea	1) Respir - Bupiv. 15 µg
MOCO		Naso / Orofaríngea - Cava	2) Contínuo 240 µg
SANGUE		Sel - Tamp - Calibre do Tubo	3) Clonidine 600 µg
		Sob Mucosa	4) Propofol 2 µg
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	100 µg	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Osteossíntese de fratura de tíbia tibial (fratura externa)		Latrigo - Esperto - Excesso Suco Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	D. L. Alves / R. Brown / Dr. Fernando		Hemorragia - Anemia Brad Taquicardia - Choque

Ob. Punção ecomizou Refluxo de Lica Turva, sanguinolenta (Amarelado)
evidencia de possível HSA). FGA = LS
#CO: Solicito TC de crânio

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM 1025

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Francieli de Albuquerque					22 / 02 / 2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixador Externo de Placa Exposta de Tornozelo direito.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:30	23:55		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	A. Fernando		ANESTESISTA:		
1º AUXILIAR	Dr. Augusto		RES. ANESTESIA: Dr. Bruno		
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE		
			Nauze / Salma / Eliangela M.		
TIP DE ANESTESIA: Raquí 20:57		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input type="checkbox"/>	Êncera de Sutura	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 40	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS P/M			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 03ML			SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML		+3cm	GERA-POSSO Enxerto de pele	
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATA Nº cateter 02	
	SERINGA 20ML		15ml	GEOFOAM Alcool. a 70%	
			10ml	FITA CARDIACA Pexidine Tópica	
			<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Bisturis	
				1 Grupo Maxilo F/ angiot	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Alexandra	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Nauze / Salma / Eliangela M.	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTODINTESE IND. E COM. LTDA
 Tel.: 55/11/39494000
 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
 Ref. 4747/01 L08 19/001219
 Registro ANVISA: 18229710025



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Fixação Externa de Fratura Exposta de Tornozelo Direita	
Nome do Paciente: Wander de Albuquerque		IDADE: 46	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 22/02/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 4	Circulante de Sala: Jorge Valente / Elviana M.	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:
ex. Pequena cirurgia
Paparado

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (x)

Dados Adicionais:

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39494300
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref. 4747/01 Lote: 101001219
Registro ANVISA: 10223710095

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

1º AUXILIAR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: ssn.ma.horaima@gmail.com

Nome: Evangelista da Albuquerque

Data de Nascimento: 22 / 09 / 1973 Idade: 46

Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

Data: 22 / 02 / 2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA									
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia		Cirurgia	Sinais Vitais							
1. Informações:		22:49		23:00	23:10	23:15	Cirurgia Realizada		Posicionamento								
Jejum (X) Sim () Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Prótese () Sim (X) Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Exames () Sim (X) Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Reserva UTI () Sim () Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Lateralidade (X) Sim () Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
PNE () Sim () Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Alergia () Sim (X) Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Qual:		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Reserva de Hemoderivado:		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
() Sim (X) Não		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Outros:		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
() Deambulando		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
(X) Consciente		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
() Com Suporte de O2		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
() TOT		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
() Agitado		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
3. Sinais Vitais:		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
T: _____ °C		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
R: _____ rpm		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
FC: _____ bpm		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
PA: _____ mmHg		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
SAT: _____ %		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
(X) Regular () Irregular		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
4. Anotações (Admissão do Paciente):		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Atividade		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
em 80. Paciente		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
do 1º. Recup.		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
no 2º. Exame		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
1. Exame de 1º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
2. Exame de 2º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
3. Exame de 3º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
4. Exame de 4º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
5. Exame de 5º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
6. Exame de 6º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
7. Exame de 7º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
8. Exame de 8º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
9. Exame de 9º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
10. Exame de 10º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
11. Exame de 11º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
12. Exame de 12º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
13. Exame de 13º		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
Sinais Vitais: Saída da SO		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia		Posicionamento								
T: _____ °C		23:49		23:00	23:10	23:15	Anestesia</										

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome _____
Responsável Cirurgião _____

Anestesiista _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- (☒) Identidade
(☒) Sítio Cirúrgico
(☒) Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica (☒) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(☒) Sim () Não se Aplica
(☒) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(☒) PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(☒) Não () Sim, Qual: Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(☒) Não
(☒) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml
(☒) Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 24.09.2020 Assinatura [Assinatura] Hora: 14h:00h

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
() Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim
() Não se aplica

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
() Sim () Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Ivanildo de Albuquerque				
AGNÓSTICO	fratura fechada de P.O. e F.O. I				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	23/2/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Monte
3	Or. 0,9% 500ML EV 2/2h				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6h				06:12 18:20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:12
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				04:12 20
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8h S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6h				06:12 18:20
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12h				08:20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/A
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTA 14
15	P.O. 20mg EV 12/12h				10:20
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RN 2707

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	122/81	73	-	
24 H	100/60	74	-	36°

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h: 100 x 70 69 36°

13:20h
PA: 120 x 79
FC: 82
FR: 21
TAX: 36.9°C

118.2



118-2

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 23/02/2020

NOME DO PACIENTE: Joanilde Albuquerque

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.
8:00	36.3	97	20	97%		14:00	36.9	80	25	97%	
:						:					
10:00	36.2	80	18	97%		:					
:						:					
12:00	36.1	88	19	96%		:					
:						:					

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					13:00					20:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					00:00				
10:00					16:00					02:00				
11:00					17:00					04:00				
12:00					18:00					06:00				
13:00					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	24/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				
3					
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/83	72	35.1	
18 H	137/76	68	36.1	
24 H	132/80	66	36	

Plantas matutino: Realizado cuidados de enfermagem, aferido SSVV, administrado medicação prescrita. Tcc. finalizado. Iniciado AVP com sucesso, mantendo p/ao R 22.

TRABE
SERVICIO SSVV. CUIDADOS ENFERMAGEM

Lucilene D. de A. da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.719-71



GOV. WILSON CRUZ
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	25/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				12-18
3					MANUTEN
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12-18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12-18
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12-18
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				12-18
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12-18
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12-18
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12-18
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12-18
13	CURATIVO				12-18
14	SSVV + CCGG 6/6H				12-18
15					12-18
16					12-18
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	75	36	
18 H	120/70	80	36	
24 H	124/69	68	35	

06 120/60 64 - 35,20

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

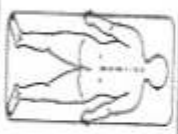

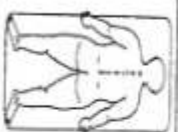

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: IRANILDE DE OLIVEIRA

Leito: 484 1182

Data: 25/02/20

Localização	 	Região: M I D	 	Região:
Etiologia	() LPP I II III IV 7* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso (X) Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Francieleide de Oliveira Técnica em Enfermagem CÓREN RR - 533058 TEC			
Observações:	Sulamir de Oliveira Técnica em Enfermagem CÓREN RR - 533058 TEC			



GOV. MS DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE IVANILDE DE AMBUQUERQUE					
DIAGNOSTICO FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-2	DATA	26/02/2020
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				
3					
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO
DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVACANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	80	20	
18 H				
24 H				

Paciente no leito estável
medicando conforme na prescrição
medicando apenas SSVV, com boa diurese.
torção do tornozelo AVP. com gesso nº 22.
e SSVV com unidade da enfermeira.
(M) 408/472

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/26/20

Paciente:

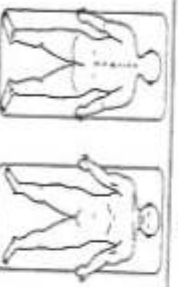
Adonilde Almeida Albuquerque

Leito: 118.2

Data:

10/02/2020

Localização



Região: MCD.

Grau: I () II (X)

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo (X) Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido pouco () Seco
() Outro:

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outro:

Cobertura primária

(X) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

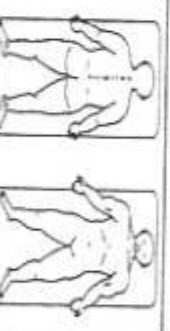
() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Adonilde Vieira Araújo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE

Ana Carolina da Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 504.622

Observações:



Região: MCD.

Grau: I () II (X)

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração X Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:

() Molhado (X) Úmido pouco () Seco
() Outro:

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Outro:

(X) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: atadura + upcaveleto

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Adonilde Vieira Araújo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE

Ana Carolina da Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 504.622



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu J Raniel de oliveira CPFn° _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Assinatura do paciente: J Raniel de oliveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFn°: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico Regulador

CRM _____ / _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 26/2/20
PACIENTE: Ivanildo Albuquerque DN: 22.9.73
DIAGNOSTICO(S): fratura exposta do fêmur direito
DIH: 22/2/20
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Cefazolin + Clindamicina

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Sem dor para cirurgia

Boa Vista

de

25/2/2020

de 20

Hora:

CRM

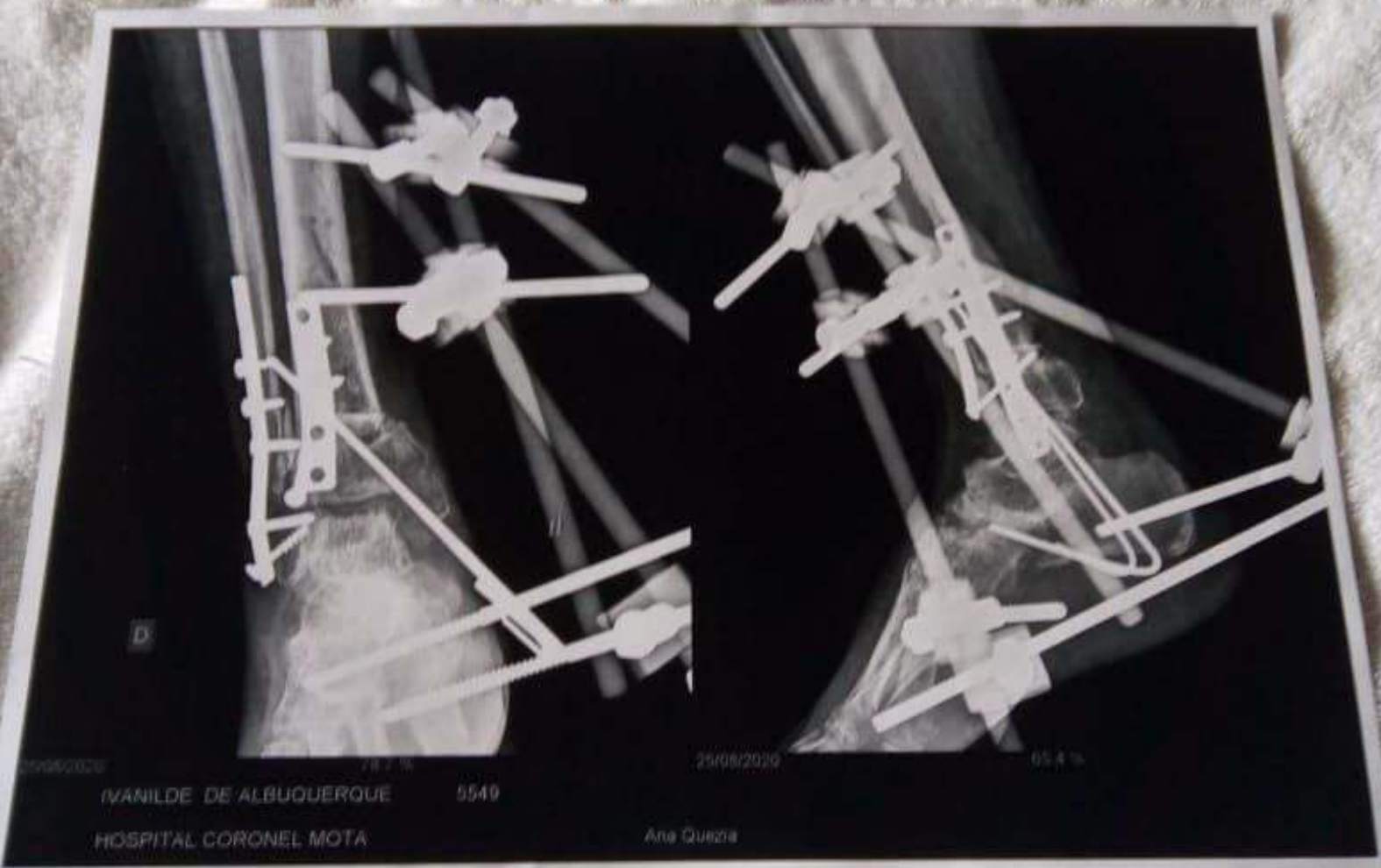
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

Dr. Augusto C. C. C.
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-R 984



D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

7267

HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
(CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO)

RR

JOSE SANTANA FREIXA GUINARD



TOP SECRET//SI//NF//NF

2140763993 UNP HQ

—ON—

627, 942, 903-66

1998

25/07/1973

— 78 —

INTERVIEW SUBJECTS

ESTIMATES:

TABLE 1. Environmental and Socioeconomic Data

0000-0000-0000-0000

© 2000 Blackwell Science Ltd

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

52

100

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–117

03447132366

WALSH

20/05/2023

1. *Principles of Biology*, 4th ed., by Campbell and Reece, 1999, Benjamin Cummings, San Francisco, CA.

11/10/2004

VALIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

650874195

PROIBIDO PLASTIFICAR

650874125

1994

554

10

5

1

SON VISTA, INC.

10

DATA DE EMISSÃO: 01/05/2011

ANTONIO FRANCISCO GONCALVES BORGES
DIRECTOR PROTEMPORAL

6828004361

ERGONOMICS

1999

RORAIMA

[illegible]

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTR, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por Decreto do Decreto nº 23.083 de 29.11.1933 e posteriormente reformada pelo Decreto de nº 54.132 de 01.15.1945 que aprovou a CTR. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do trabalhador, de trabalho, empregos, salários, para o conhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho. Deve, como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantir, ainda, sua habilitação ao Seguro-desemprego e ao fundo de Garantia na época de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações, contido neste documento, a seu pedido, de conservação, deverão ser conferidas e qualificadas as atividades praticadas pelo seu possuidor.

Para sua importância, a seu deve ser protegida e conservada, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM TECNOLOGIA DE IMPRESSÃO ATRAVÉS DO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.36697.66-9

1046640

003-0

RR

Assinatura do Trabalhador





FILIAÇÃO _____

MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO...: 22/06/1973

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ALTO ALEGRE - RR

DOCUMENTO___-C.N. 87976 LVA-A-130 FLS 158-25/04/1995-DEUSDETE

COELHO - BOA VISTA - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 04.914.092-34

CON-

TIT. ELEITOR: 002262942607

SEÇÃO: 0029

ZONA: 003

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTERST - 26/01/2000



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

Discussion

DATA DI NASCITA: 1944
DOSSIER N° 111

MADON

NOTES

DISCUSSION

TIME INC.

DOCUMENTARY

MOVIE

DOCUMENTO

4

A. C. ALBERTO	C. G. GARCIA	E. ALONSO	F. ALONSO
B. DE ALMEIDA	D. DE ALMEIDA	G. ALONSO	H. ALONSO
I. ALONSO	J. ALONSO	K. ALONSO	L. ALONSO
M. ALONSO	N. ALONSO	O. ALONSO	P. ALONSO
Q. ALONSO	R. ALONSO	S. ALONSO	T. ALONSO
U. ALONSO	V. ALONSO	W. ALONSO	X. ALONSO
Y. ALONSO	Z. ALONSO	AA. ALONSO	AB. ALONSO
AC. ALONSO	AD. ALONSO	AE. ALONSO	AF. ALONSO
AG. ALONSO	AH. ALONSO	AI. ALONSO	AJ. ALONSO
AK. ALONSO	AL. ALONSO	AM. ALONSO	AN. ALONSO
AO. ALONSO	AP. ALONSO	AQ. ALONSO	AR. ALONSO
AS. ALONSO	AT. ALONSO	AU. ALONSO	AV. ALONSO
AW. ALONSO	AX. ALONSO	AY. ALONSO	AZ. ALONSO
BA. ALONSO	BB. ALONSO	BC. ALONSO	BD. ALONSO
BE. ALONSO	BF. ALONSO	BG. ALONSO	BH. ALONSO
BI. ALONSO	BJ. ALONSO	BK. ALONSO	BL. ALONSO
BM. ALONSO	BN. ALONSO	BO. ALONSO	BP. ALONSO
BQ. ALONSO	BR. ALONSO	BS. ALONSO	BT. ALONSO
BU. ALONSO	BV. ALONSO	BW. ALONSO	BX. ALONSO
BY. ALONSO	BZ. ALONSO	CA. ALONSO	CB. ALONSO
CC. ALONSO	CD. ALONSO	CE. ALONSO	CF. ALONSO
CG. ALONSO	CH. ALONSO	CI. ALONSO	CJ. ALONSO
CK. ALONSO	CL. ALONSO	CM. ALONSO	CN. ALONSO
CO. ALONSO	CP. ALONSO	CQ. ALONSO	CR. ALONSO
CS. ALONSO	CT. ALONSO	CU. ALONSO	CV. ALONSO
CW. ALONSO	CX. ALONSO	CY. ALONSO	CZ. ALONSO
DA. ALONSO	DB. ALONSO	DC. ALONSO	DD. ALONSO
DE. ALONSO	DF. ALONSO	DG. ALONSO	DH. ALONSO
DI. ALONSO	DJ. ALONSO	DK. ALONSO	DL. ALONSO
DM. ALONSO	DN. ALONSO	DO. ALONSO	DP. ALONSO
DQ. ALONSO	DR. ALONSO	DS. ALONSO	DT. ALONSO
DU. ALONSO	DV. ALONSO	DW. ALONSO	DX. ALONSO
DY. ALONSO	DZ. ALONSO	EA. ALONSO	EB. ALONSO
EC. ALONSO	ED. ALONSO	EE. ALONSO	EF. ALONSO
EG. ALONSO	EH. ALONSO	EI. ALONSO	EJ. ALONSO
EK. ALONSO	EL. ALONSO	EM. ALONSO	EN. ALONSO
EO. ALONSO	EP. ALONSO	EQ. ALONSO	ER. ALONSO
ES. ALONSO	ET. ALONSO	EU. ALONSO	EV. ALONSO
EW. ALONSO	EX. ALONSO	EY. ALONSO	EZ. ALONSO
FA. ALONSO	FB. ALONSO	FC. ALONSO	FD. ALONSO
FE. ALONSO	FF. ALONSO	FG. ALONSO	FH. ALONSO
FI. ALONSO	FJ. ALONSO	FK. ALONSO	FL. ALONSO
FM. ALONSO	FN. ALONSO	FO. ALONSO	FP. ALONSO
FQ. ALONSO	FR. ALONSO	FS. ALONSO	FT. ALONSO
FU. ALONSO	FV. ALONSO	FW. ALONSO	FX. ALONSO
FY. ALONSO	FZ. ALONSO	GA. ALONSO	GB. ALONSO
GC. ALONSO	GD. ALONSO	GE. ALONSO	GF. ALONSO
GG. ALONSO	GH. ALONSO	GI. ALONSO	GJ. ALONSO
GK. ALONSO	GL. ALONSO	GM. ALONSO	GN. ALONSO
GO. ALONSO	GP. ALONSO	GQ. ALONSO	GR. ALONSO
GS. ALONSO	GT. ALONSO	GU. ALONSO	GV. ALONSO
GW. ALONSO	GX. ALONSO	GY. ALONSO	GZ. ALONSO
HA. ALONSO	HB. ALONSO	HC. ALONSO	HD. ALONSO
HE. ALONSO	HF. ALONSO	HG. ALONSO	HH. ALONSO
HI. ALONSO	HJ. ALONSO	HK. ALONSO	HL. ALONSO
HM. ALONSO	HN. ALONSO	HO. ALONSO	HP. ALONSO
HQ. ALONSO	HR. ALONSO	HS. ALONSO	HT. ALONSO
HU. ALONSO	HV. ALONSO	HW. ALONSO	HX. ALONSO
HY. ALONSO	HZ. ALONSO	IA. ALONSO	IB. ALONSO
IC. ALONSO	ID. ALONSO	IE. ALONSO	IF. ALONSO
IG. ALONSO	IH. ALONSO	II. ALONSO	IJ. ALONSO
IK. ALONSO	IL. ALONSO	IM. ALONSO	IN. ALONSO
IO. ALONSO	IP. ALONSO	IQ. ALONSO	IR. ALONSO
IS. ALONSO	IT. ALONSO	IU. ALONSO	IV. ALONSO
IW. ALONSO	IX. ALONSO	IY. ALONSO	IZ. ALONSO
JA. ALONSO	JB. ALONSO	JC. ALONSO	JD. ALONSO
JE. ALONSO	JF. ALONSO	JG. ALONSO	JH. ALONSO
JI. ALONSO	JJ. ALONSO	JK. ALONSO	JL. ALONSO
JM. ALONSO	JN. ALONSO	JO. ALONSO	JP. ALONSO
JQ. ALONSO	JR. ALONSO	JS. ALONSO	JT. ALONSO
JU. ALONSO	JV. ALONSO	JW. ALONSO	JX. ALONSO
JY. ALONSO	JZ. ALONSO	KA. ALONSO	KB. ALONSO
KC. ALONSO	KD. ALONSO	KE. ALONSO	KF. ALONSO
KG. ALONSO	KH. ALONSO	KI. ALONSO	KJ. ALONSO
KK. ALONSO	KL. ALONSO	KM. ALONSO	KN. ALONSO
KO. ALONSO	KP. ALONSO	KQ. ALONSO	KR. ALONSO
KS. ALONSO	KT. ALONSO	KU. ALONSO	KV. ALONSO
KW. ALONSO	KX. ALONSO	KY. ALONSO	KZ. ALONSO
LA. ALONSO	LB. ALONSO	LC. ALONSO	LD. ALONSO
LE. ALONSO	LF. ALONSO	LG. ALONSO	LH. ALONSO
LI. ALONSO	LJ. ALONSO		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200397640 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/OSTEOSSÍNTESE - PAG 3,20,21) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: IVANILDE DE ALBUQUERQUE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUX. COZINHA RG: 1769.15 SSP/RR
CPF: 649.214.092-94 ENDEREÇO: TV. NICARAGUA Q1 N- 10
BAIRRO: CAVAME CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.300-000

VÍTIMA: IVANILDE
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 23-02-2020
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 114846399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: _____
ENDEREÇO: RUA GIDEAO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 13 de MAIO de 20 20

Ivanilde de Albuquerque
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO